

Année 1923

THÈSE

No 306

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

G. VACHER (☞, Med. Arg. Epid.)

Né le 23 Mars 1896, à Paris

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Lauréat des Hôpitaux de l'Assistance Publique

(Prix d'Otologie, 1922)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FISTULES ÉLOIGNÉES

au cours des Mastoïdites

Président : M. PIERRE SEBILEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1923

308

Année 1923

THÈSE

N°.....

306

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

G. VACHER (Méd. Arg. Epid.)

Né le 23 Mars 1896, à Paris

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Lauréat des Hôpitaux de l'Assistance Publique

(Prix d'Otologie, 1922)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FISTULES ÉLOIGNÉES

au cours des Mastoïdites

Président : M. PIERRE SEBILEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER.

ASSESSEUR : M. POUCHET

MM.

les Professeurs

Anatomie descriptive.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Histologie.....	PRENANT.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Chimie.....	DESGREZ.
Physique médicale.....	André BROCA.
Parasitologie.....	BRUMPT.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Physiologie.....	RICHET.
Pathologie expérimentale.....	ROGER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie chirurgicale.....	LECENE.
Pathologie médicale.....	N...
Pharmacologie.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Hygiène.....	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine.....	MENETRIER.
Clinique médicale.....	GILBERT.
Clinique thérapeutique.....	ACHARD.
Clinique chirurgicale.....	CHAUFFARD.
Clinique obstétricale.....	WIDAL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	VAQUEZ.
— des maladies contagieuses.....	HARTMANN.
— des maladies nerveuses.....	LEJARS.
— des maladies mentales.....	DELBET.
— infantile médicale.....	GOSSET.
— d'hygiène de la première enfance.....	BAR.
— infantile chirurgicale.....	COUVELAIRE.
— des voies urinaires.....	BRINDEAU.
— gynécologique.....	JEANSELME.
— ophtalmologique.....	TEISSIER.
— oto-rhino-laryngologique.....	P. MARIE.
— propédeutique.....	CLAUDE.
	NOBECOURT.
	MARFAN.
	Auguste BROCA.
	LEGUEU.
	FAURE.
	DE LAPERSONNE.
	SEBILEAU.
	SERGEANT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	DESMAREST.	LANGLOIS.	PHILIBERT.
ABRAMI.	DUVOIR.	CARDENNOIS.	RATHERY.
ALGLAVE.	FIESSINGER.	LE LORIER.	RETTERER.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BEAUDOUIN.	GOUGEROT.	LEREBoulLET.	RICHAUD.
BLANCHETIERE.	GUENIOT.	LEQUEUX.	ROUSSY.
BRANCA.	GUILLAIN.	LERI.	ROUVIERE.
CAMUS (J.).	GUILLEMINOT.	LEVY-SOLAL.	SCHWARTZ.
CHEVASSU.	GREGOIRE.	MATHIEU.	TANON.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CHIRAY.	JOYEUX.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
CLERC.	LABBE (H.).	MULON.	VILLARET.
DEBRE.	LAIGNEL-LAVASTINE.	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MA MÈRE — A MON PÈRE



A MA FEMME

A MES PARENTS ET AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ CHARPENTIER

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR SEBILEAU

Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
Officier de la Légion d'Honneur

*qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

*Faible hommage de ma reconnaissance
et de mon respectueux attachement
pour la bienveillance qu'il a eue
pour moi pendant mon séjour de
quatre années dans son service.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAINGOT

A MONSIEUR LE DOCTEUR LESAGE

A MM. LES DOCTEURS
MIÉGEVILLE, BONNET-ROY, CHATELLIER, WINTER

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUFOURMENTEL

Ancien Chef de clinique à la Faculté

*qui a bien voulu me donner le sujet de
cette thèse et m'offrir de ses nom-
breux conseils.*

*Témoignage de ma reconnaissance et
de mon dévouement.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

Monsieur le Professeur LÉON BERNARD ;
Monsieur le Professeur PIERRE SEBILEAU ;
Monsieur le Professeur VAQUEZ ;
Monsieur le Docteur AUVRAY ;
Monsieur le Docteur LEREBoullet ;
Monsieur le Docteur LIAN.

A MES AUTRES MAÎTRES :

Monsieur le Docteur LABEY.

Monsieur le Docteur BIGARD.

Messieurs les Docteurs TRUFFERT, TURQUETY et
LANOS.

INTRODUCTION

La mastoïdite, compliquant une otopathie aiguë ou réchauffée, est caractérisée par un ensemble de symptômes dont la coexistence réalise le type classique de cette affection et ne laisse guère place à l'erreur. Mais pour des raisons diverses et sur lesquelles nous reviendrons, il peut se faire que la complication mastoïdienne prenne une allure anormale soit dans sa symptomatologie, soit dans son évolution.

Ces mastoïdites anormales sont relativement fréquentes et cela tient d'une part aux caractères variés des diverses affections causes de l'otopathie, mais aussi d'autre part aux différents aspects morphologiques de cette région anatomique spéciale : *la mastoïde chirurgicale*. Celle-ci, en effet, varie avec chaque individu, soit par suite des caractères particuliers du tissu osseux, soit par suite des différentes destinées des trois formations osseuses, embryonnairement distinctes, qui la constituent.

Aussi, ne faut-il pas s'étonner si parfois, une même affection, la mastoïdite, se traduit par des phénomènes cliniques particuliers, anormaux, souvent d'ailleurs en relation avec une structure particulière de la mastoïde.

Nous envisagerons dans ce travail, les mastoïdites qui, dans le cours de leur évolution, soit de façon précoce, soit de façon tardive, se compliquent d'une fusée purulente à distance.

Alors qu'une mastoïdite, dans sa forme normale, après une

phase « d'emprisonnement », évolue et se fistulise vers l'extérieur par un trajet direct, mastoïdien, les mastoïdites que nous allons étudier sont caractérisées par l'existence d'une collection purulente se manifestant en un point éloigné de son lieu d'origine.

Ces formes spéciales de mastoïdites sont connues depuis longtemps, et sans vouloir faire un aperçu historique de la question, il nous suffira de signaler les travaux auxquels la mastoïdite de Bezold a donné lieu, les relations de Mignon, de Luc. L'attention des auteurs s'était détournée de ces formes anormales au profit des complications cérébrales des mastoïdites; cependant, de nombreux cas de mastoïdites temporo-zygomatiques, avaient été signalés. Quant aux formes pharyngées, plus intéressantes, COLLINET en signale un certain nombre dans sa thèse (Th. Paris, 1897); tels sont les cas de :

BRUN (Arch. 1841) citant une observation de Bright, ou un abcès rétropharyngé s'était développé en même temps qu'une phlébite des sinus et une otite moyenne aiguë.

JOLLY (Arch. 1866) rapportant une observation de Broca analogue.

TOYNBÉE signalait, en 1860, la possibilité pour le pus venant de la caisse de fuser vers le pharynx ou vers le cou.

DUPLAY montrant plusieurs abcès du cou consécutifs à une mastoïdite.

GUILLEMIN dans sa thèse (Nancy juil. 1913) cite encore COLLINET pour les observations suivantes :

GRUBER (Arch. fur Ohren. tome 2) au cours d'une otite apparaît un gonflement du voile du palais. La pression à ce niveau fait sourdre du pus par le conduit auditif externe.

ORNE GREEN (*The Boston méd. a. surg. Journal* 1874) d'abord mastoïdite, puis abcès de la nuque. Plus tard abcès rétropharyngien qui se vide seul. Guérison.

MATHEWSON BROKLYN (*Arch. fur Ohren.* 1875) otite droite, pus dans la gorge. La pression fait sourdre du pus par le conduit auditif externe. Trépanation de la mastoïde. Guérison.

PLATEAU (*Société méd. de l'Elysée* 1882) chez un homme diabétique, mastoïdite droite... Un mois après abcès et ulcération du fond du pharynx par où s'écoule le pus.

PEUGNIEZ (*Revue inter. O. R. L.* 1893 N° 3) otite aiguë. Deux mois après mastoïdite. Quelque temps après, empatement derrière le sterno-cleido-mast. Incision. Deux jours après abcès rétropharyngé et abcès sus-claviculaire. Incision. Guérison.

BROCA et LUBET-BARDON (*Les suppurations de l'apophyse mastoïde et leur traitement.* Paris 1895). Fillette de trois ans, otorrhée, gonflement retro-mastoïdien incisé deux fois. Fistule. Plus tard maux de gorge, tuméfaction derrière l'amygdale droite. Trépanation de la mastoïde et incision de l'abcès pharyngien. Guérison complète.

DELIE (*Bull. de Laryng. juill.* 1906) otite aiguë sur otorrhée chronique. Rien à la mastoïde, mais douleurs dans la nuque. Déglutition difficile. Pharynx rouge sur sa paroi gauche. Intervention sur la mastoïde refusée. Quelque temps plus tard, empatement de la région supérieure du sterno-cleido-mastoïdien, moitié gauche du pharynx proéminente. Intervention encore refusée. On ouvre l'abcès du pharynx : flot de pus. Guérison complète.

GUISEZ (*Bull. de Laryng.* 1912) enfant, otite aiguë dou-

ble. Paracenthèse. La température remonte. La mastoïde devient douloureuse. Angine avec abcès derrière le pilier postérieur droit. Incision. Pus. La mastoïde persiste. On trépane. On trouve un séquestre de la paroi antéro-inférieure de la caisse, qui est extrait. Le foyer s'étend jusqu'à l'apophyse styloïde. Guérison.

LUC cite encore à ce sujet :

JOHN DUNN, qui, dans un article de Zeitsch. fur Ohren. 1902, parle de fusées purulentes, en dedans du digastrique, au voisinage de l'apophyse jugulaire de l'occipital.

Ayant eu l'occasion, grace à l'obligeance de M. le docteur DUFOURMENTEL, d'observer certaines formes particulières de ces mastoïdites anormales, et pouvant apporter la contribution d'observations inédites de fusées purulentes vers la fosse temporale et vers le pharynx, il nous a paru digne d'intérêt d'en faire le sujet de cette thèse et de comparer nos observations à celles déjà publiées sur cette question.

C'est pourquoi nous étudierons surtout les fusées purulentes, d'origine mastoïdienne, se faisant jour soit vers la région temporo-zygomatique, soit vers les espaces latéro et retro-pharyngiens.

Ces destinées différentes du pus sont bien souvent commandées par des dispositions anatomiques spéciales; de même que les symptômes en sont extrêmement variables suivant que la région temporo-zygomatique où la région pharyngée est intéressée. C'est pourquoi il nous a paru rationnel d'étudier séparément chacune de ces deux formes dans leurs caractères anatomo-cliniques particuliers et de montrer en-

suite, dans une synthèse générale, les conclusions que l'on en peut tirer.

On sait qu'au cours d'une otite aiguë ou réchauffée, la muqueuse de l'aditus et de l'antre est presque toujours atteinte et réagit à l'infection, réaction qui peut être suffisante pour son propre compte et réaliser la mastoïdite.

L'antrite est donc à la base de toute mastoïdite soit dans le présent, soit dans le passé. L'antre est une cavité plus ou moins grande, dont la constitution révèle la dualité de sa formation, sa paroi interne étant pétreuse, sa paroi externe squameuse. C'est la première cavité mastoïdienne apparaissant au cours du développement, mais secondairement des groupes cellulaires de disposition extrêmement polymorphes font leur apparition. Suivant que la mastoïde aura le type pneumatique ou le type éburné, pour choisir deux termes extrêmes, ces groupes cellulaires seront au maximum ou au minimum, mais toujours, et c'est là le fait essentiel, ces différentes cellules, plus ou moins disséminées dans le corps de l'os, seront en relation de continuité avec la cavité antrale.

Il semble en résumé, qu'il y ait un éclatement de l'antre, au cours du développement, avec projection de parcelles cellulaires formant un véritable « hourdis » (Sebilleau) de cavités pneumatiques plus ou moins rapprochées de l'antre.

Enfin, on désigne sous le nom de cellules aberrantes, « des cellules pneumatiques dont la liaison avec les autres cellules du temporal ne saute pas aux yeux, mais demande à être recherchée ». (Mouret).

Nous allons voir maintenant, comment certaines dispositions particulières sont à l'origine de ces formes de mastoïdites anormales et comment elles permettent de comprendre parfois la complexité du trajet des fusées purulentes.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° Les fusées purulentes temporo-zygomatiques d'origine otitique

Nous relatons plus loin plusieurs observations où, soit au début, soit au cours d'une mastoïdite, apparut une collection purulente de la région temporo-zygomatique.

Cette complication est sous la dépendance, le plus souvent, d'une disposition anatomique particulière des groupes cellulaires mastoïdiens. Dans ces cas, en effet, l'infection partie de l'antre gagne en avant et en haut et frappe les cellules du groupe antero-supérieur, ces cellules forment plusieurs groupes et on a principalement décrit à ce niveau, les cellules limitrophes du conduit auditif osseux, occupant la pa-externe de l'aditus. Les plus supérieures de ces cellules s'étendent dans la paroi haute du conduit et vont jusqu'à la crête temporale. Elles peuvent ainsi s'étendre jusque dans la racine du zygoma. Les lésions osseuses paramastoïdiennes temporo-zygomatiques peuvent donc occuper toute l'écaille, la racine longitudinale du zygoma, c'est-à-dire la paroi supé-

rière du conduit et la paroi supérieure de la cavité glénoïde. Dans les observations de Mouret et Seigneurin, on trouve des formations cellulaires localisées surtout dans la paroi postérieure de l'écaille sus-jacente à la linéa temporalis mastoïdienne, dans la paroi supérieure du conduit auditif (cellules de la paroi supérieure du conduit auditif), dans la paroi osseuse qui forme le sommet de la cavité glénoïde (cellules sus-glénoïdiennes), dans la racine longitudinale de l'apophyse zygomatique sus-méatique et sus-glénoïdienne ou le long de la gouttière temporo zygomatique.

Il existe des cellules aberrantes dans cette apophyse zygomatique, « cellules à grand axe antéro-postérieur entrant souvent en connexion avec d'autres cellules aberrantes squameuses. Elles facilitent les perforations corticales sus-méatiques, dirigeant le décollement du périoste en avant, vers la fosse temporale ». (Mouret).

De même, mais plus en dedans, le tegmen tympani peut présenter de petites cellules, souvent nombreuses, qui se trouvent logées dans l'angle que forme l'écaille avec la face supérieure du conduit : et ces cellules très rapprochées naturellement de la dure-mère cérébrale, peuvent présenter une déhiscence osseuse amenant un contact immédiat entre la méninge dure et leur cavité.

Cette disposition anatomique particulière nous explique pourquoi l'apparition d'une collection temporo-zygomatique pourra être, ou non, précédée d'un abcès extradural. Dans certains cas en effet l'infection antrale se propage de proche en proche, par ostéite, par les canaux de Havers, vers les cellules limitrophes du conduit, et gagne les cellules sus-méatiques et zygomatiques. Or, de même qu'il existe une zone

criblée rétro-méatique de Chipault, il existe également une zone criblée vasculaire sus-méatique et une seconde zone criblée temporale profonde de Mouret, par où l'infection peut devenir extra osseuse et réaliser l'amorce de la fusée purulente.

D'autre fois, au contraire, l'infection gagne plus en dedans, atteint les cellules du tegmen tympani, et de là, soit à la faveur d'une déhiscence osseuse, soit par les petites veinules tributaires du sinus pétro-squameux interne arrive dans l'endocrane, décolle dans un premier temps la dure-mère et réalise l'abcès extra-dural.

Cet abcès extra-dural évolue alors pour son propre compte, et on sait combien souvent il sera l'origine de complications encéphaliques, mais dans certains cas rares, cependant favorables, il peut fuser en dehors en perforant la lame écailleuse et se déverser dans la région temporale profonde.

Néanmoins, l'origine endocranienne des collections temporales est rare et, le plus souvent, ces abcès sont sous la dépendance des lésions ostéitiques que nous avons décrites et nous n'étudierons que les manifestations cliniques de ces dernières.

2° Les fusées pharyngiennes d'origine otitique

M. le docteur DUFOURMENTEL a bien voulu nous permettre de rapporter une de ses observations inédites de mastoïdite aigüe compliquant une otorrhée remontant à l'enfance, où une collection cervicale avec fusée purulente vers le pharynx s'est déclarée.

Ces complications pharyngiennes ne sont pas fréquentes, ce qu'explique d'ailleurs la description des obstacles succes-

sifs que doit vaincre le processus infectieux au cours de sa migration vers le pharynx.

Nous étudions uniquement les retentissements pharyngiens, dus à la migration progressive du pus de la cavité de l'oreille moyenne, que cette migration se fasse par voie détournée, endocranienne, ou directe, exocranienne.

L'étude des relations publiées sur les complications pharyngiennes des suppurations auriculaires, montre que la fusée purulente peut se faire sans qu'il y ait à aucun moment de collection endocranienne, ou, au contraire, à la suite d'un abcès extra-dural.

Cette constatation montre déjà que les complications peuvent survenir au cours des différentes formes anatomiques de mastoïdite, puisque l'abcès extra-dural montre l'existence d'une forme évolutive à tendance supérieure; l'absence de collection intra-cranienne traduisant une forme évolutive à tendance interne ou profonde.

I. — PROPAGATION INDIRECTE PAR ETAPE ENDOCRANIENNE

Cette voie endocranienne semble à peu près aussi fréquente que la voie directe. Elle comporte en réalité deux ordres de faits : d'abord la formation d'un abcès extra-dural lequel fusera par la suite vers l'extérieur en suivant des voies différentes.

a) FORMATION DE L'ACÈS EXTRA-DURAL

L'abcès extra-dural est une complication relativement fréquente des mastoïdites. C'est souvent d'ailleurs, le premier

stade d'une complication endocranienne grave, et il est bien évident que la rareté des complications pharyngiennes otitiques, qui nous intéressent, tient non pas à la rareté relative de l'abcès extra-dural, mais uniquement à ce que cette collection ne fuse que tout à fait exceptionnellement en dehors du crâne.

Cet abcès extra-dural peut se voir au cours d'un grand nombre de mastoïdites, sans qu'on puisse rattacher son apparition à un type anatomique spécial. Cependant, il complique le plus souvent une ostéite frappant plus particulièrement le toit de la cavité de l'oreille moyenne, qu'il s'agisse de la caisse, de l'aditus, de l'antra. Comme l'a montré MOURET, dans son rapport au congrès international de Londres en 1913, ce plafond correspond à la face supérieure du *bloc mastoïdien* et répond à la troisième circonvolution temporale. Il est en rapport direct avec le petit sinus pétro-squameux, qui reçoit des veinules venant des parois de la cavité de l'oreille moyenne et même des cellules sus-antrales.

Cette région peut présenter des déhiscences osseuses, soit isolées, soit nombreuses, se trouvant suivant les cas le long de la suture pétro-squameuse interne, soit en dehors d'elle.

Lorsque ces déhiscences occupent la suture pétro-squameuse interne, reliquat de la constitution pétro-squameuse de l'antra embryonnaire, de fins vaisseaux peuvent faire communiquer la circulation antrale et la circulation intra-cranienne; dans d'autres cas, lorsqu'elles sont disséminées, ces déhiscences peuvent prendre ce que MOURET appelle l'aspect en *trou de mite* établissant une communication directe entre l'endocrane et les cellules sous-jacentes à la corticale et sus-antrales.

On comprend comment une telle disposition favorise la production d'un abcès extra-dural, soit par contiguité osseuse, soit par continuité vasculaire au cours d'un processus aigü.

Enfin, signalons que M. BALDENWECK a montré que parfois la formation de l'abcès extra-dural pouvait se faire par la voie du canal de Fallope; intermédiaire à l'oreille moyenne et à la fosse cérébrale postérieure.

Quoi qu'il en soit, cet abcès occupe soit le versant antérieur, soit le versant postérieur du rocher intra-cranien, et c'est de là que, dans une deuxième étape, il doit fuser hors du crâne.

b) PROPAGATION EXOCRANIEENNE DE CET ABCÈS

De nombreuses voies de propagation exocranienne de cet abcès extra-dural ont été décrites, mais de fréquence bien différente.

La propagation antérieure vers le trou déchiré antérieur est exceptionnelle.

L'abcès fuse en effet presque toujours en arrière. Il peut s'échapper par le trou déchiré postérieur, et, le cas rapporté par G. LAURENS au congrès de Bordeaux en 1904 en est un exemple, puisque cette migration fut accompagnée de compression des trois nerfs mixtes. On a décrit également la fusée par le trou occipital, mais ce doit être là aussi une voie extrêmement rare par suite de l'adhérence de la dure-mère au bord de ce trou. Dans certains cas, on a pu montrer la propagation du pus par le trou condylien antérieur, la fusée suivant la portion initiale du grand hypoglosse pour gagner ensuite le pharynx. Enfin, l'infection, sans atteindre le sinus latéral à proprement parler, peut déterminer une périphlébite

donnant une collection extra-durale d'un caractère particulier, pouvant secondairement fuser par le trou déchiré postérieur.

En réalité, il s'agit là de phénomènes exceptionnels, et le plus souvent, deux voies seront suivies par le pus :

1° L'abcès extra-dural s'ouvre une voie extra-cranienne par une perforation spontanée de l'écaille de l'occipital, en arrière du condyle, en dehors du trou occipital, au niveau de cette région squameuse, mince, parfois translucide sur l'os sec : *région bulleuse de Pérez*. (1).

2° Les collections endocraniennes ont bien souvent leur point de départ dans une cellulite de la région intersinuso-digastrique, intermédiaire au plancher antral, au labyrinthe postérieur, à la rainure du digastrique et au coude du sinus; et c'est de cette région, de ce point de départ, que la fusée purulente se fera, soit exo-cranienne d'emblée, soit secondairement par la suture occipito-mastoïdienne, parfois encore fibro-conjonctive chez l'adulte et traversée par un rameau vasculaire.

Il nous reste à montrer la migration du pus à partir de ce stade exo-cranien.

L'abcès se trouve coïncé dans ce petit espace limité en avant par l'appareil de la musculature tubaire et l'aponévrose latérale du pharynx, en arrière par les muscles pré-vertébraux et en particulier le droit latéral de la tête. En dehors, il se heurte non seulement au bloc osseux mastoïdien, mais bien avant lui aux différents plans que consti-

(1) (Jacques : Congrès intern. de Londres 1913).

Guillemin : Contribution à la pathogénie et au traitement des collections pharyngiennes d'origine otitique (Thèse de Nancy : juil. 1913).

tuent les aponévroses de la région aponévrose superficielle avec le sterno-cléïdo-mastoïdien, aponévrose moyenne avec le digastrique et l'apophyse styloïde, mais encore et surtout cette lame fibreuse qui enserre et qui guide le système de la jugulaire et du golfe, paroi de la loge viscérale d'après les travaux récents, barrière qui s'oppose à l'extériorisation de l'abcès collecté.

La seule voie qui se présente et où il rencontre une zone dépressible, c'est la paroi pharyngée; et l'on conçoit qu'une telle collection bombera derrière le pilier postérieur et pourra se fistuliser sur la paroi pharyngée; en général sur la paroi postéro-latérale, soit en arrière du pilier postérieur, soit (cas de notre observation) dans la déhiscence musculaire, qui constitue la fossette sus-amygdalienne.

II. — PROPAGATION DIRECTE

Cette propagation directe est aussi fréquente dans l'étiologie générale des fusées pharyngiennes, que la propagation indirecte. Elle peut se faire soit par voie osseuse en quelque sorte naturelle, soit par voie accidentelle, par effraction.

a) *Par voie osseuse ostéitique*

Il s'agit alors, le plus souvent, d'une suppuration mastoïdienne avec atteinte des cellules perilabyrinthiques.

GIRARD, dans son atlas d'anatomie chirurgicale du labyrinthe, reprend l'étude des groupes cellulaires situés autour du labyrinthe. Il étudie six traînées péri-labyrinthiques :

1. — *Trainée cellulaire sous-labyrinthique*

Son importance dépend des dimensions du rocher et de la hauteur du dôme de la jugulaire. Simple fusée sous limacéenne, venant du bas de la caisse du tympan quand le dôme de la jugulaire, vient en contact avec le labyrinthe postérieur, large coulée sous labyrinthique en cas d'absence de cette fosse jugulaire. Sur des temporaux à fosse jugulaire très marquée, on a vu une fusée cellulaire sous-limacéenne, longue, étroite, partir du bas de la caisse du tympan, s'engager sous la première spire du limaçon, entre le canal carotidien en avant, le dôme de la jugulaire en arrière et aboutir finalement dans l'apex pétreux en-dessous du conduit auditif interne.

On rattache à ce groupe les cellules rétro-labyrinthiques postérieures, qui se rencontrent sur des rochers larges, derrière le canal semi-circulaire postérieur et en-dessous de l'aqueduc du vestibule.

2. — *Trainée cellulaire pré-labyrinthique inférieure*

Péritubaire ou péricarotidienne; partant de la région antérieure de la caisse du tympan au voisinage de la trompe cartilagineuse et de la loge du muscle du marteau, contournant en avant le limaçon et glissant sur le bord antéro-supérieur du canal carotidien, aboutissant à la pointe du rocher en avant et en bas.

3. — *Trainée pré-labyrinthique supérieure*

Nait de la paroi interne de l'aditus, s'engage dans l'espace triangulaire anté-labyrinthique supérieur, formé en bas par l'aqueduc de Fallope (quart antérieur de sa portion tym-

panique), en avant par la corticale du versant antérieur du rocher, en arrière par l'ampoule du canal semi-circulaire horizontal : tantôt nappe très mince à cellules aplaties, tantôt large fusée; va au carrefour des traînées labyrinthiques supérieures.

4. — *Trainée translabyrinthique*

Part de l'antre au-dessus du canal externe, s'engage avec le conduit antro-cérébelleux dans la boucle du canal semi-circulaire supérieur; va au carrefour des traînées labyrinthiques supérieures.

5. — *Trainée de la crête du rocher*

Prolongement des cellules periantrales, le long de la crête du rocher, sous la corticale, n'arrive que rarement au carrefour.

6. — *Trainée rétrolabyrinthique supérieure*

Cellules qui s'insinuent entre le canal semi-circulaire postérieur et la corticale cérébelleuse du rocher; vont au carrefour.

Par leur aboutissant commun, ces quatre dernières traînées de cellules forment un ensemble : voies périlabyrinthiques supérieures et le point où elles se réunissent au-dessus du conduit auditif interne est le carrefour des voies labyrinthiques supérieures.

Voyons maintenant le trajet du pus dans le cas qui nous intéresse.

Le pus peut gagner la pointe pétreuse, au niveau du trou déchiré antérieur, en cheminant par le groupe cellulaire sous labyrintique, en arrière du canal carotidien; ou bien longer la trompe d'Eustache en envahissant les cellules anté-labyrintiques. Dans d'autres cas, rares, certains auteurs ont décrit une voie de propagation supérieure, le long de la gouttière du muscle tenseur du marteau; mais cette voie paraît bien douteuse. Signalons que le pus est arrivé parfois, par l'intermédiaire de la troisième partie du canal de Fallope, à gagner le trou stylo-mastoïdien et à déterminer une parotidite, à la vérité sans retentissement pharyngé.

La propagation la plus fréquente est certainement celle qui se fait par voie péri-labyrintiques. Elle explique les précautions que l'on doit prendre lorsqu'on veut, au cours d'une mastoïdectomie totale, curetter les cellules péri-labyrintiques, car le tissu osseux nécrosé n'offre plus de résistance et la proximité de la portion verticale de la carotide doit inciter à une prudence extrême.

b) PAR EFFRACTION DIRECTE DES PAROIS DE LA CAISSE ET DE L'ANTRE

Une effraction directe, de haut en bas, par ostéite et séquestre consécutif, peut ouvrir au pus une voie naturelle. La stagnation du pus dans le récessus hypotympanique de la caisse, soit qu'il y ait à ce niveau des déhiscences congénitales, soit que la collection détermine une ostéite nécrosante, permet ainsi l'accès du golfe de la jugulaire et de la loge rétrostylienne, d'où pourra partir la fusée pharyngienne. Une ostéite de la paroi antérieure, tubo-tympanique pourra également entraîner les mêmes conséquences.

Il faut signaler dans ces deux cas, la possibilité d'ulcérations vasculaires par suite du contact prolongé du pus et des parois du vaisseau, et nous en verrons un exemple frappant dans l'observation de M. JACQUES, de Nancy, que nous rapportons ci-dessous.

Parfois encore, l'ostéite a pu déterminer une perforation spontanée de la région styloïdienne, avec fusée du pus le long de la gaine du stylo-pharyngien.

Nous n'étudions pas ici la mastoïdite de Bezold, bien qu'elle puisse cependant se compliquer d'une fusée purulente pharyngienne. *

Si nous nous sommes étendus assez longuement sur le mécanisme anatomo-pathologique de ces collections pharyngiennes d'origine mastoïdienne, c'est qu'il nous explique, d'une part, la rareté de ces manifestations, d'autre part, la complexité du trajet que suit le pus, la profondeur et la variabilité des lésions; toutes raisons qui expliquent l'obscurité de leur symptomatologie, la gravité de leur pronostic, la difficulté de leur traitement et du drainage du foyer.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Au cours de nos études dans le service de M. le PROFESSEUR SEBILEAU, à l'hôpital Lariboisière, nous avons pu étudier la symptomatologie de ces fusées purulentes anormales.

1° Formes temporo-zygomatiques

Nous relaterons d'abord une observation due à l'amabilité de M. le DOCTEUR DUFOURMENTEL et une personnelle.

Obs. I. — Be... Roger, 15 ans, sans profession. — Otorrhée droite, persistant depuis l'âge de deux ans, et évoluant sans phénomènes douloureux.

Le 8 janvier 1921, à la suite d'un refroidissement, le malade est pris d'une courbature générale marquée, avec anorexie. Il éprouve en même temps des élancements douloureux dans son oreille et constate que sa suppuration auriculaire est beaucoup plus abondante. A ce moment, survient un gonflement de toute sa région temporo-maxillaire qui décide le malade à entrer à Lariboisière, le 23 janvier 1921.

A l'examen, on constate un décollement de tout le pavillon, avec disparition du sillon retro-auriculaire. Un gonflement marqué empâte toute la région temporo-zygomatique, et la peau soulevée se continue insensiblement avec celle de la région avoisinante, sans qu'on puisse préciser avec exactitude les limites de la tuméfaction. L'ensemble en est

rouge, dur, très douloureux à la pression, surtout dans la région sus-méatique, où la chaleur locale est nettement accusée. Le maximum d'intensité de la douleur siège au-dessus du conduit auditif externe, dans la région sus-méatique. L'examen acoumétrique montre une surdité aérienne presque totale, l'audition osseuse étant conservée. Le conduit apparaît plein d'un pus fétide, d'aspect roussâtre ; mais l'examen est gêné par une chute très accentuée de la paroi supérieure du conduit qui bombe dans la lumière et gêne d'autant plus l'introduction du spéculum qu'il existe un certain degré d'otite externe.

Opération le 24 janvier 1921. — Incision classique dans le sillon rétro-auriculaire, prolongée vers la région sus-méatique. On trouve rapidement en ruginant un point osseux dénudé au niveau de la zone criblée sus-méatique, sans qu'on puisse dire qu'il s'agisse d'une fistule véritable, l'os étant autour simplement congestionné. On trépane l'antra au point d'élection et on trouve un cholestéatome étendu avec un tissu osseux extrêmement nécrosé. Les lésions s'avancent nettement en avant, vers la région atticale où on trouve la trace de cellules fongueuses. On poursuit des lésions osseuses fort en avant en pleine racine longitudinale du zygoma. On termine l'évidement pétro-mastoïdien par la résection du mur de la logette. Curettage de la caisse après ablation des osselets. Suites opératoires normales ; guérison.

Obs. II. — Ev..., Georges, 16 ans, manoeuvre. — Vers le début du mois de mars 1921, le malade a éprouvé brusquement des bourdonnements et des sifflements dans l'oreille droite. Une quinzaine de jours après, apparition de douleurs auriculaires de moyenne intensité avec écoulement séro-purulent abondant, qui cesse cinq jours après de façon brusque. En même temps, les phénomènes douloureux deviennent intenses, siégeant tout autour du conduit auditif et particulièrement à sa partie supérieure ; puis, rapidement, se déclare un gonflement de la région temporale. Le malade entre à Lariboisière le 21 mars 1921.

A l'examen : la mastoïde est relativement peu sensible mais la pression au niveau du pôle supérieur du conduit ou dans la fosse temporale est très douloureuse. L'empatement de cette région est œdémateuse, sans fluctuation nette. L'examen otoscopique montre, après nettoyage

du conduit et de la membrane tympanale, une perforation siégeant à la partie postéro-supérieure et une chute accentuée de la paroi avoisinante.

Le 22 mars 1921 : Intervention sous chloroforme. Incision curviligne rétro et sus-auriculaire. La trépanation au lieu d'élection ne permet pas de trouver l'antre, qui est petit et haut situé. On le trouve en se reportant plus en avant, au-dessus du conduit, par l'ouverture de la région atticale. La dure-mère est procidente et fongueuse. On trouve dans cette région antéro-supérieure des cellules assez étendues, remplies de pus jusque dans la racine du zygoma; on note une vaste perte de substances osseuses à ce niveau. On procède à un curettage soigneux de toutes les cellules. En arrière, on dénude la coque sinusale, mais le vaisseau d'aspect sain n'est pas incisé. Sutures; pansements. Le malade sort guéri le 24 mars 1922.

L'aspect clinique de ces mastoïdites anormales, *paramastoïdites temporo-zygomatiques* de MOURET et SEIGNEURIN, varie surtout suivant l'évolution de la fusée purulente.

Il peut y avoir en effet un simple œdème de la région temporale, œdème qui commande d'ailleurs l'intervention, car il n'est, en somme, que le premier stade de la fusée purulente. Mais lorsque la collection purulente se constitue, elle peut évoluer de différentes façons, suivant son lieu d'origine; c'est qu'effectivement cette région comprend deux parties : l'une, supérieure, qui répond à l'écaille; l'autre, inférieure, qui répond à la racine du zygoma. comme la résistance aponevrose temporale s'insère sur celle-ci, ces deux régions sont nettement distinctes; la supérieure étant profonde, l'inférieure se continuant dans le tissu cellulaire sous-cutané des régions avoisinantes.

Lorsqu'il y a cellulite aberrante de la portion squameuse, le pus se collectera dans la loge supérieure profonde et cette

profondeur explique l'insidiosité du début de cette forme.

Il existe parfois des signes généraux marqués, liés à la suppuration, avec température élevée, à oscillations vespérales; une douleur diffuse de la région temporale, mais la tuméfaction reste quelque temps légère avant de se manifester de façon nette. Un signe caractéristique, accuse bientôt la souffrance du muscle temporal, muscle masticateur : le trimus. Collecté, le pus, bridé en haut, va se faire jour en bas vers la région de la fosse zygomatique ou ptérigo-maxillaire. Donc, comme le fait remarquer MOURET, symptomatologie tardive avec trismus et gonflement, tels sont les caractères essentiels de cette forme supérieure et profonde.

Lorsqu'au centre la propagation purulente se fait par la racine du zigoma, la collection se manifeste rapidement car elle est immédiatement superficielle. Aussi, constate-t-on, dans ces cas,, des phénomènes douloureux précoces avec une tuméfaction parfois considérable de cette région, pouvant même entraîner dans certains cas un œdème étendu, soit à la face, soit à la paupière supérieure du même côté. Rapidement, la fluctuation se manifeste qui appelle l'intervention. Les observations rapportées ressortissent à cette catégorie d'abcès temporaux.

D'autres complications peuvent assombrir le tableau clinique, c'est ainsi que nous avons pu observer, à l'hôpital Lariboisière, un cas rapporté dans la thèse de DARCISSAC, inspirée par M. le DOCTEUR DUFOURMENTEL :

Enfant âgé de 9 ans, entré à l'hôpital Lariboisière en juin 1922, pour ankylose complète de l'articulation temporo-maxillaire droite, consécutive à une mastoïdite, opérée il y a trois ans par le Docteur Rendu, les mouvements de la ma-

choire sont supprimés et la béance obtenue par les plus grands efforts ne dépasse pas quelques millimètres. Opéré par M. le docteur Dufourmentel et appareillé par Darcissac, le 21 juin 1922.

Le 20 juillet 1922, les mouvements mandibulaires sont absolument normaux.

En outre, il est bien évident qu'on peut observer des cas mixtes, graves à la vérité du fait de l'étendue des lésions ostéitiques et de l'abondance de l'épanchement, où les deux loges temporales, profonde et superficielle, sont également lésées.

Enfin, nous devons signaler à nouveau ce fait que les abcès extra-duraux ouverts dans la fosse temporale, et dont la thèse de GUILLET rapporte quelques exemples, peuvent se manifester par une période de latence avec hémicranie, due à la collection endocranienne, s'améliorant lorsque la trépanation osseuse spontanée a ouvert la voie à la migration purulente vers la loge temporale.

La relation de ces manifestations temporales avec la mastoïdite primitive est le plus souvent aisée à établir par la coexistence de ces deux lésions. Mais il peut exister des cas où l'infection, ayant lèché la caisse, lèche également la mastoïde pour mordre une région un peu exentrique.

C'est dans ces cas surtout, en présence de ces phlegmasies temporales d'apparence inexpiquée, qu'il est nécessaire, avant d'adopter une étiologie lymphatique, d'interroger soigneusement le malade sur son passé auriculaire; c'est dans ces cas surtout, lorsque la phase mastoïdienne a pu être dé-

pistée, qu'il faut se rappeler la nécessité de l'antrotomie systématique comme premier temps opératoire.

Lorsqu'on aura éliminé les autres éventualités possibles, l'ostéomyélite du temporal, et surtout l'abcès temporal sous périosté de LUC avec son gonflement temporal triangulaire à base supérieure, à sommet inférieur, il faudra toujours, en dernière analyse, en venir à la mastoïdectomie totale de MOURET, avec résection osseuse partielle de la région squamo-zigomatique et drainage du foyer.

2° Formes pharyngiennes

Des observations déjà publiées à ce sujet et de celle de M. le DOCTEUR DUFOURMENTEL, il ressort que cette complication est toujours liée à un état inflammatoire aigu. C'est en effet au cours d'une otite aiguë avec mastoïdite ou au cours d'une poussée aiguë compliquant une otorrhée ancienne (mastoïdite réchauffée) qu'on voit survenir les troubles dysphagiques attirant l'attention sur le pharynx et permettant de reconnaître à ce niveau l'existence d'une collection purulente, qui d'ailleurs peut se présenter sous divers aspects : naso-pharyngienne, palatine, sus-amygdalienne.

Peut-être à la vérité, cette propagation secondaire pourrait-elle se présenter au cours d'un processus chronique, mais il s'agit là d'une vue théorique, ce fait n'ayant pas été signalé.

Nous relaterons tout d'abord les deux observations suivantes, dont la première, inédite, nous a été communiquée par M. le docteur DUFOURMENTEL, dont la seconde a été relatée par M. le docteur JACQUES au congrès de Londres, en 1913.

Obs. I. — (M. le DOCTEUR DUFOURMENTEL). Al..., Pierre, 45 ans, marchand de journaux. Le malade se présente pour la première fois à la consultation à l'hôpital Lariboisière, en novembre 1920, pour une suppuration de l'oreille gauche, remontant à l'enfance et devenue douloureuse depuis quelques jours. On constate à l'examen une otorrhée gauche fétide, avec destruction du tympan et l'existence de petits polypes sur le fond de la caisse. Le malade refuse toute intervention et va se faire soigner dans une clinique.

Les douleurs auriculaires n'augmentent pas, mais une forte angine se déclare. Le 15 décembre survient une amygdalite suppurée dont l'incision donne issue à une grande quantité de pus. Dans les jours suivants, un phlegmon cervical se forme du même côté. Le malade revient à l'hôpital le 26 décembre. L'état général est grave, avec température à 40°, dyspnée. Il existe un énorme phlegmon du cou, prenant tout le côté gauche, depuis la base du crâne jusqu'au thorax. L'examen du pharynx montre une amygdale gauche volumineuse, au-dessus de laquelle du pus s'échappe par intermittences. L'oreille présente les mêmes lésions qu'au moment du premier examen, mais on trouve en plus une fistule ostéitique de la paroi inférieure de la caisse ou du conduit dans le voisinage immédiat de la caisse. On fait aussitôt une incision cervicale le long du sterno-cléido-mastoïdien qui permet l'évacuation d'une grande quantité du pus. L'intervention pratiquée sous anesthésie au chloroforme, permet de constater nettement que la collection remonte jusqu'à la face inférieure de la mastoïde. Les jours suivants une amélioration marquée se produit, mais il se forme une double fistulisation : l'une sus-amygdalienne, l'autre cervicale externe, qui ne tarissait pas. Le 15 janvier, on décide d'intervenir sur la mastoïde par opération radicale, car l'exploration de la fistule cervicale conduit nettement vers la mastoïde. Il est impossible de suivre la fistule interne au niveau de la caisse. Mais le malade refuse toute intervention et quitte l'hôpital le 18 janvier. Il revient régulièrement à la consultation jusqu'au trois février. A cette date, la suppuration a beaucoup diminué, mais les trois fistules : sus-amygdalienne, cervicale, de la caisse, persistent. Le malade refuse absolument toute intervention. Le 3 novembre 1921, le malade, convoqué, revient. La guérison est totale.

Il n'y a plus de traces des trois fistules ni de l'otorrhée. Celle-ci qui remontait à l'enfance et n'avait jamais cessé, est complètement guérie depuis le mois de mars.

Obs. II. — (M. le Docteur Jacques) Mlle M..., 14 ans, depuis longtemps atteinte d'une rhinite chronique, fait en septembre 1911, au cours d'une grippe, une sinusite maxillaire aiguë et une otite perforative droite. La sinusite cède au traitement habituel mais l'otite ne tarde pas à se compliquer de mastoïdite.

Trépanation antro-mastoïdienne : corticale très épaisse, recouvrant un foyer diffus d'ostéite periantrale. Atténuation des douleurs, sans abaissement notable de la température. Tuméfaction des tégument mastoïdiens, suppuration abondante. Trois semaines plus tard, accès vertigineux intense, avec vomissements du type cérébral, sans altération de la motilité, de l'intelligence, ni de la sensibilité, pas de température. Les phénomènes alarmants cèdent après 24 heures, mais l'écoulement purulent va en s'accroissant, en même temps que s'accroissent des signes de résorption septique. Il existe de toute évidence une collection extradurale, mais vraisemblablement périsinusienne, qui se draine imparfaitement par une voie détournée.

Un large évidemment pétro-mastoïdien montre l'os sain partout, sauf au niveau du plancher de l'antre, où le stylet pénètre de un centimètre environ vers le coude inférieur du sinus. Par ce trajet élargi à la curette, reflue dans les jours suivants du pus en abondance, sans que paraissent sensiblement s'amender les phénomènes généraux. La jugulaire n'offre aucun signe de phlébite. Le sinus latéral, décortiqué, n'est thrombosé nulle part. Entre temps se manifeste un torticolis de plus en plus accentué; la nuque, douloureuse à la pression, témoigne d'une tendance du foyer suppuratif osseux à migrer au-dessous de l'occipital. Peu après, surviennent des troubles dysphagiques et l'inspection révèle l'existence d'une voussure rénitente de la gouttière pharyngée droite, dont l'incision évacue du pus en très notable quantité.

De ce jour commence une nouvelle période, caractérisée par une atténuation progressive de l'écoulement mastoïdien et des phénomènes d'infection. Le teint s'éclaircit de jour en jour, l'état général se relève et j'éprouve l'impression nette que la crise est franchie et que la gué-

ri son si longtemps incertaine, est assurée. Grâce à une surveillance étroite de la collection pharyngienne, le drainage du foyer sous occipital s'effectue d'une manière permanente et la plaie rétro-auriculaire se répare rapidement. Un mois plus tard, la guérison était à peu complète : céphalée et septicémie n'avaient plus laissé de traces, seule persistait encore un peu de raideur du cou.

Il est impossible de donner une symptomatologie particulière de ces mastoïdites à complications pharyngées, car la fusée purulente survient toujours au cours de la mastoïdite et n'est jamais prévue.

Ce que la lecture des observations permet de noter, c'est qu'il s'agit toujours de formes graves, soit que l'infection évolue sur un sujet débilité par une cause quelconque (diabète), soit que le germe soit particulièrement virulent. Il s'agit toujours d'une otopathie en évolution aiguë ou réchauffée avec mauvais état général. La suppuration profonde, persistante, entraîne avec une intoxication grave de l'organisme qui se manifeste par une température élevée, à oscillations accentuées, avec un teint pâle, infecté, des urines rares et parfois de la dyspnée.

Ce sont toujours les symptômes généraux qui dominent et indiquent une suppuration cachée. L'intervention bien que large, n'amène pas la régression des phénomènes infectieux et il n'y a qu'une amélioration passagère. Ce n'est que tardivement, soit brusquement, soit insidieusement, que le tableau clinique se transforme : une sensation douloureuse, profonde, survient dans la région auriculaire profonde, parfois à caractère pulsatile, puis une raideur musculaire, un torticolis, qui doit être soigneusement dépisté. C'est qu'en effet, la céphalée, la gravité de l'état général, le torticolis

qu'un examen superficiel peut faire prendre pour une raideur de la nuque, attirent l'attention vers une complication endocranienne, erreur d'autant plus explicable que l'abcès extra-dural est souvent une étape de la forme que nous étudions et que la symptomatologie encéphalique ne peut que s'en préciser. Ajoutons encore qu'une première intervention aura souvent montré des lésions ostéitiques graves, diffuses (cas de l'observation de M. le docteur JACQUES).

Mais au fur et à mesure que la fusée se continue, que la collection pharyngienne se révèle, d'autres symptômes précisent le diagnostic. Un torticolis net, unilatéral, par contraction du sterno-cleïdo-mastoidien, ou encore plus souvent myosite des muscles profonds, ou arthrite occipito-atloïdienne; une dysphagie avec trismus fait examiner le pharynx, un abcès cervical enfin qui coëxiste souvent et se révèle par l'empâtement diffus de la région.

L'examen du pharynx pourra montrer divers aspects de cette fusée purulente. Parfois il y aura une collection rétro-pharyngée faisant saillie sous la paroi postérieure du pharynx, bombant en avant et donnant une sensation de fluctuation, de choc en retour à la percussion unidigitale.

D'autres fois le pus se collecte d'abord près de l'orifice tubaire, plutôt dans le nasopharynx, donnant des troubles de la déglutition et de la parole, un bombement du voile en avant, enfin, souvent, comme dans le cas de l'observation de M. le docteur DUFOURMENTEL, il y aura fistulisation de la région sus-amygdalienne et issue de pus.

L'évolution de ces formes pharyngées est souvent favorable, surtout étant donnée la gravité de l'état général de ces malades, la sévérité du pronostic jusque là portée.

Par cette voie détournée, le pus s'écoule, et le drainage, bien qu'insuffisant, s'établit et donne une indication pour le traitement.

Cependant, des complications graves peuvent survenir à n'importe quel moment de l'évolution : c'est l'hémorragie d'un gros vaisseau, c'est encore un œdème de la glotte, même une broncho-pneumonie. En outre, d'autres fusées peuvent encore se diriger vers la nuque, vers la région cervicale, qui comportent leur pronostic particulier et d'autant plus sévère que ces collections diverses indiquent des lésions ostéitiques pétéreuses ou mastoïdiennes extrêmement étendues.

Il n'en est pas moins vrai, qu'au cours d'une suppuration auriculaire grave, avec atteinte profonde de l'état général, sans amélioration durable après une mastoïdectomie soigneuse, lorsque tous les signes habituels d'une résorption toxique montrent l'existence d'une collection purulente profonde et cachée, l'apparition d'une fusée rétropharyngée soit une éventualité heureuse, permettant un drainage peut-être insuffisant, mais surement bienfaisant.

L'existence de cette collection rétropharyngée fera d'abord écarter les causes habituelles de ces abcès, suppuration ganglionnaire ou osseuse, mais l'allure aigüe de l'affection, l'état grave du sujet, sa suppuration auriculaire permettent à coup sûr de retrouver l'étiologie otitique.

Le diagnostic de ces complications pharyngiennes est simple en ce sens qu'il est aisé de reconnaître un phlegmon amygdalien ou retro-amygdalien ; il ne l'est pas en ce sens, qu'il est impossible en somme de le prévoir. Il faudra donc penser à sa possibilité, le rechercher pour le débarrasser au plus vite. On le rattachera à sa cause souvent évidente d'ailleurs.

L'abcès reconnu on l'ouvrira avec la pince de Lubet-Barbon ou la pointe d'un galvano-cautère, en ayant soin toutefois d'en pratiquer la divulsion quotidienne.

Certains auteurs, JACQUES et GUILLEMIN, estiment cependant qu'on peut avoir une thérapeutique plus active et que, si la persistance des phénomènes toxi-infectieux au cours d'une mastoïdite opérée, fait penser à la possibilité d'une collection purulente profonde, une rugination attentive, après ablation de la pointe et ligature de l'occipitale, de la paroi latérale du condyle respectant le trou déchiré postérieur, et ses organes pourrait amorcer en partie le drainage pharyngien. C'est là évidemment une opération délicate.

Il faudra en tout cas, au cours d'une mastoïdectomie totale pour phénomènes infectieux graves, et à plus forte raison si la possibilité de complication cervicale, pharygienne ou exo-cranienne est soupçonnée, se rappeler que le point de départ le plus fréquent de ces complications siège dans la région sinuso-digastrique.

On explore donc, au cours de l'intervention, la région de la pointe, la région sinuso-digastrique, la dure-mère cérébelleuse et la zone du sinus latéral, qui sont en somme les lieux d'élection de la propagation du pus mastoïdien vers la base du crâne.

EN RÉSUMÉ, nous nous sommes limité dans cette thèse à l'étude de quelques formes précises de fusées purulentes d'origine otitique, vers la région temporale ou vers la région pharyngée. Mais, et nous l'avons dit dès le début, ces trajets peuvent se faire dans des directions multiples : cervicale, nucale, orbitaire même.

En ce qui concerne cette dernière forme, nous en avons observé un cas à l'hôpital Lariboisière. Il s'agissait d'un enfant venu à la consultation pour une fistule, située au niveau de l'angle inféro-externe de l'orbite. La fistule fut curettée. Deux mois après, le malade revient. A la suite d'une otite aiguë, compliquant une otorrhée ancienne, était apparu un gonflement douloureux de l'apophyse mastoïde, d'autre part, la fistule n'était pas guérie; température à oscillations vespérales, mauvais état général.

M. le DOCTEUR DUFOURMENTEL pratiqua la trépanation de la mastoïde et fut conduit à la demande des lésions jusque vers l'angle inféro-externe de l'orbite, au niveau de la fistule. Quelques semaines après, le malade était complètement guéri.

Ces fusées anormales sont généralement sous la dépendance de la conformation anatomique de la mastoïde, de la prédominance de tel ou tel groupe cellulaire, et, d'une façon relative, liées soit au génie épidémique, soit à l'étiologie (scarlatine), soit à une cause de débilité de l'individu.

Il n'en ressort pas moins que la cause essentielle est d'ordre anatomique et que rien ne permet de les préjuger, lors de l'examen objectif du malade.

D'autre part, ces migrations à distance sont parfois tardives et nous avons vu des observations où deux opérations furent nécessaires; la fusée ayant révélé l'existence de lésions mastoïdiennes, passées inaperçues lors d'une première intervention.

De ceci, il résulte donc cette loi générale qu'au cours d'une mastoïdite aiguë, grave, soit par sa symptomatologie propre,

soit par le caractère épidémique de l'affection, il est nécessaire de faire une résection très étendue de la mastoïde et de pratiquer une opération systématique en interrogeant successivement la région de la pointe avec résection, s'il y a lieu, de curetter soigneusement la zone stylo-digastrique et l'amorce des cellules perilabyrinthiques, de se diriger en arrière jusqu'à la coque sinusale et même en dedans d'elle, de vérifier en haut l'intégrité du toit de l'antre et de s'assurer que la dure-mère est saine, de pousser enfin en avant jusqu'au pôle supérieur du conduit osseux.

C'est cette mastoïdectomie totale qui, en révélant et en permettant de curetter des lésions ostéitiques profondes et aberrantes, permettra souvent d'épargner au malade la longueur, la gravité de ces suppurations, qui, avec ou sans étape endocranienne, persistent parfois longtemps et se drainent mal.

CONCLUSIONS

1° Il existe parfois, au cours de mastoïdites à marche lente, ou au cours d'ostéites périauriculaires, des fusées purulentes si éloignées, que le rapport, entre la fistule apparente et la lésion originelle, peut être véritablement difficile à établir.

2° Nous avons observé ainsi, sur des malades traités par M. le Docteur DUFOURMENTEL, dans le service de M. le Professeur Sebileau :

a) La fusée purulente vers le pharynx, avec fistule dans la région sus-amygdalienne ;

b) La fusée vers l'arcade temporo-zigomatique avec fistule au niveau de l'angle inféro-externe de l'orbite.

3° Le traitement de ces fusées éloignées est naturellement le nettoyage chirurgical complet du foyer initial, avec poursuite minutieuse de ses prolongements.

Vu : *le Doyen,*

H. ROGER.

Vu : *le Président,*

SEBILEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- BALDENWECK. — Les collections suppurées intra et extra cérébrales d'origine otique. (*Ann. des malad. de l'oreille*, 1908-1909).
- BELLIN LÉON. — Sur l'anatomie des cellules mastoïdiennes et leur suppuration. (*Paris*, 1903, in-8).
- COLLINET. — Les suppurations du cou consécutives aux affections de l'oreille moyenne, de la mastoïde et du rocher. (*Thèse Paris* 1897).
- GUILLEMIN. — Contribution à la pathogénie et au traitement des collections pharyngiennes d'origine otique. (*Thèse Nancy* 1913).
- GUILLET. — Evacuation spontanée de certains abcès extra-duraux à travers l'écaille du temporal. (*Thèse Paris* 1922).
- HOLAGREN. — Un type moins connu de mastoïdite (*Art. Laryngol.* tome III, fas. 1-2).
- JACQUES. — Drainage pharyngien des suppurations craniennes d'origine otitique. (*Congrès international de Londres* 1913. Frowde édit. Londres 1914, page 475).
- JOHN DUNN. — Über die untere occipitale Plattedes Warzenfortsatzes besonders in Beziehung auf di Bezoldische Mastoïditis. (*Zeitch. für Ohrenh.* 1902, page 28).
- LAFITTE-DUPONT. — Cellules mastoïdiennes et voies collatérales de suppuration qu'elles peuvent engendrer. (*Congrès d'otologie* Bordeaux 1904). Gounouillhou, Bordeaux, p. 384.
- LAURENS. R. — Abcès du latéro-pharynx. Contribution à l'étude de leur évolution anatomo-clinique et de leur traitement (*Thèse Lyon* 1907).
- LUC. — Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne et des cavités accessoires. (Paris Edit. Baillière, 1900, in-8).

- LUND. — Ostéites mastoïdo-zigomatiques (*Soc. danoise O. R. L.* oct. 1920).
- MOURET. J. — Réflexions sur quelques cas de mastoïdites (*Ann. des maladies de l'oreille*, 1912, page 639).
- MOURET. J. — Etude sur la structure de la mastoïde et le développement des cellules mastoïdiennes. Influence de la constitution de la mastoïde sur l'évolution des otites moyennes. (*Ann. des maladies de l'oreille*, 1912, page 288).
- MOURET. J. — Que doit-on entendre par région mastoïdienne chirurgicale (Frowde Londres 1914 : *Congrès intern. de* 1913, tome II page 205).
- MOURET. J. — Que faut-il entendre par cellules aberrantes. (*Revue O. R. L.* 1920, page 288).
- MOURET. J. — Les mastoïdites postéro-supérieures. (*Ann. des maladies de l'oreille* 1922).
- MOURET et SEIGNEURIN. — Les para-mastoïdites temporo-zygomatiques (*Revue O. R. L.* 1920, page 33).
-

Saumur. — Imprimerie M. CHEVALIER
